

# Aufnahmeformular für das Neurologische Fach- und Privatkrankenhaus

Klinik Bavaria Bad Kissingen  
 Fach- und Privatkrankenhaus  
**Station AWARE CARE**  
 Von-der-Tann-Straße 18 – 22  
 97688 Bad Kissingen

### Ihre Ansprechpartner

		<b>Telefon</b>
Anmeldung	Fr. Fröhlich	0971/829-1311
	Belegung	0971/829-1301
Chefarzt	Hr. Dr. Weilbach	0971/829-3322
Oberärztin	Fr. Dr. Siebel	0971/829-3611
<b>Fax:</b>	<b>0971 / 829 - 1380</b>	
Email:	<a href="mailto:belegung@klinik-bavaria.com">belegung@klinik-bavaria.com</a>	
Tel. Station:	0971 / 829 - 6614	

## Patientendaten

**Name, Vorname:** .....

**Geburtsdatum:** .....

**Adresse, Wohnort:** .....

.....

**Kostenträger:** .....

**Versicherungs-Nummer:** .....

**Betreuung eingerichtet?** Nein  Ja

**Betreuer:** .....

## Neurologische Diagnose

.....

.....

.....

## Andere Diagnosen

.....

.....

.....

## Krankheitsverlauf

.....

.....

.....

## Aktueller Status

.....

.....

.....

## Neurologischer Befund

Vigilanz:  wach  somnolent  soporös  komatös  (analgo-)sediert

Lähmungen:  Monoparese  Hemiparese  Tetraparese /  schlaff  spastisch

(Analgo-) Sedierung:.....

Wichtige Zusatzbefunde(z.B. CT/MRT/Neurophysiologie):.....

.....

# Aufnahmeformular für das Neurologische Fach- und Privatkrankenhaus

**Katheter**  Arterie  ZVK  Shaldon

alle Zugänge wenn  
möglich belassen!

**Atmung**  CPAP  SIMV  kontroll. Beatmung

\_\_\_\_\_ **Std./Tag**

**Stand vom:** \_\_\_\_\_

Atemweg:  Tracheostoma seit: .....

FiO2: .....

**Hämodynamik** **stabil**  **instabil**

Katecholamine  $\mu$ [g/kg/min] .....

EF ..... Klappenfunktion .....

## Laborparameter

Hb:..... Quick: ..... PTT ..... Albumin:.....Kreatinin: .....

Harnstoff:.....CRP: .....Leberwerte: .....sonstiges: .....

## Niere

**dialysepflichtig**  **nicht dialysepflichtig**  Diurese:  $\emptyset$  .....ml/h

## Ernährung

parenteral  enteral  PEG Anlage (Datum) .....

**Gewicht:** ..... kg **Größe:** ..... cm

## Infekt/ Keimstatus

max. Körpertemperatur: .....°C

Resistente Keime:

Nein  Ja, welche?

MRSA  VRE  ESBL  3/4 MRGN  sonstige.....

Infektiös: (Hep B/C, HIV, Norovirus, Tbc etc.): .....

## Besonderheiten

**Drainagen** (Anzahl, Lage):  Nein  Ja, welche?.....

**Offene Wunden/Dekubitus:**  Nein  Ja, Grad? .....

(ab Grad III bitte Bilddokumentation anhängen)

Extensionen/Fixateure/spezielle Lagerungen: .....

**Bitte als Anlage beifügen und senden an Fax-Nr. 0971 / 829 1380**

- **vorläufiger E-Bericht**

Krankenhaus: .....

Station: .....

Ansprechpartner: .....

Telefon: .....

E-Mail: .....

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

